

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Jasmina Skale

»Novi pogled« na ženske seksualne probleme

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Jasmina Skale

Mentorica: izr. prof. dr. Alenka Švab

»Novi pogled« na ženske seksualne probleme

Diplomsko delo

Ljubljana, 2011

»Novi pogled« na ženske seksualne probleme

Cilj moje diplomske naloge je analizirati kampanjo »Novega pogleda na ženske seksualne probleme«. Kampanja predstavlja alternativni in enakovreden znanstveni okvir preučevanja ženskih seksualnih problemov prevladujoči biomedicinski klasifikaciji ženskih seksualnih problemov ter je nastala kot kritika le-te. Biomedicinska klasifikacija ženske seksualne probleme obravnava zgolj s fiziološkega vidika in tako posledično zanemarja druge vzroke (sociokulturne, politične, psihološke, ekonomske, ...), ki so lahko poleg fizioloških dejavnikov vzrok za nastanek ženskih seksualnih problemov. Poleg tega »Novi Pogled« izpostavlja problematičnost navezave med farmacevtsko industrijo, medicinsko stroko in množičnimi mediji, ki izvajajo medikalizacijo ženskih seksualnih problemov (in tudi ostalih področij našega vsakdanjega življenja). Moj namen je prikazati, da je ženska seksualnost preveč kompleksna, da bi jo lahko preučevali zgolj z biomedicinskega vidika. Za kakovostno razumevanje ženskih seksualnih problemov mora biti ženska seksualnost preučevana znotraj širše zastavljenega znanstvenega modela, ki združuje tako pomen biološkega kot tudi družbenega konteksta seksualnosti.

Ključne besede: seksualnost, medikalizacija, farmacevtska industrija, Kampanja »Novega pogleda«.

New View Campaign on women's sexual problems

The goal of my diploma is to analyze The New View Campaign on women's sexual problems. Campaign represents an alternative and equivalent scientific model on women's sexual problems to dominant biomedical classification of women's sexual problems. In fact, Campaign has resulted as critique of the biomedical model because it deals women's sexual problems only from physiological point of view and consequently ignores other factors (socio-cultural, political, psychological, economical, ...), that might also cause women's sexual problems. In addition, "New View" exposes problematic linkage between pharmaceutical industry, medical profession and the mass media, which exercises medicalization of female sexual problems (and also other areas of our daily lives). My purpose is to show the complexity of women's sexuality and that it cannot be studied only from the biomedical point of view. For qualitative understanding of female sexual problems, female sexuality needs to be studied within wider scientific model, which combines the importance of biological as well as social context of sexuality.

Key words: sexuality, medicalization, pharmaceutical industry, "New View" Campaign.

KAZALO

1 UVOD.....	5
2 SOCIALNI KONSTRUKTIVIZEM IN SEKSUALNOST.....	7
3 CIKEL ČLOVEKOVEGA SEKSUALNEGA ODZIVANJA	8
4 MEDICINSKA KLASIFIKACIJA SEKSUALNIH MOTENJ.....	9
5 MEDIKALIZACIJA.....	10
5. 1 Teoretska opredelitev medikalizacije	12
5. 2 Medikalizacija seksualnosti.....	13
5.2.1 Medikalizacija ženske seksualnosti	13
5.2.2 Medikalizacija ženskih seksualnih problemov	14
6 KAMPANJA »NOVEGA POGLEDA« NA ŽENSKO SEKSUALNE PROBLEME	17
6. 1 Zgodovina delovanja Kampanje »Novega pogleda«.....	18
6. 2 Kritika obstoječe biomedicinske klasifikacije ženskih seksualnih problemov ...	20
6. 3 Klasifikacija ženskih seksualnih pogledov po »Novem pogledu«	21
6.4 Empirično preverjanje klasifikacije ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda«	23
7 SKLEP.....	24
8 LITERATURA	27

1 UVOD

Sodobna družba je medikalizirana družba. Zdi se, da skoraj ni več področja našega življenja, ki si ga institucija medicine ne bi lastila. Eno izmed teh področij je tudi seksualnost, ki je s pojavom Viagre postalo eno izmed finančno najdonosnejših področij medikalizacije in je zato povzročilo zanimanje farmacevtske industrije za ženske seksualne probleme in njihovo zdravljenje. Posledično so zaradi tega ženski seksualni problemi postali »tržno blago«. Ciljna skupina medikalizacije ženskih seksualnih problemov so ženske, ki so nezadovoljne s svojo seksualnostjo, ker jo razumejo le v biomedicinskem okviru, ne vidijo pa, da poleg medicinskih vzrokov obstajajo še drugi možni vzroki za nastanek seksualnih problemov. Zaradi pomanjkanja znanja in agresivnega množičnega oglaševanja se te ženske obračajo po pomoč k zdravnikom, ki v njihovih očeh predstavljajo rešilno bilko. Ne zavedajo pa se, da so le žrtve naveze farmacevtske industrije, medicinske stroke in množičnih medijev, ki na nek način definirajo in oblikujejo njihove seksualne probleme. Ravno zaradi tega sem se odločila za izbrano temo.

V diplomski nalogi sem se osredotočila na medikalizacijo ženskih seksualnih problemov in na kampanjo »Novega pogleda na ženske seksualne probleme« kot primer aktivistično-feminističnega odpora proti obstoječemu in prevladujočemu biomedicinskemu modelu seksualnosti, ki seksualnost obravnava kot zgolj eno izmed telesnih funkcij.

Namen naloge je analizirati kampanjo »Novega pogleda«, ki je osnovala svojo klasifikacijo ženskih seksualnih problemov, pri tem pa je izhajala iz ženske subjektivne izkušnje seksualnosti. »Novi pogled« si prizadeva tudi za razkritje problematične naveze med farmacevtsko industrijo, medicinsko stroko in množičnimi mediji, ki zaradi zasledovanja lastnih interesov kreirajo javno podobo sodobne ženske seksualnosti in ženskih seksualnih problemov.

Teoretsko izhodišče naloge je socialni konstruktivizem, s katerim sem pojasnila, da so vsi pojmi družbeno konstruirani in umeščeni, tudi seksualnost, katere pomen in razumevanje se razlikujeta od kulture do kulture. Nadalje sem na kratko opisala univerzalni cikel človekovega seksualnega odzivanja na katerem temelji obstoječa

biomedicinska klasifikacija seksualnih motenj, ki ponuja »popačeno sliko« o enakosti moške in ženske seksualnosti. Več pozornosti sem namenila medikalizaciji seksualnosti in vlogi farmacevtske industrije, medicinske stroke ter množičnih medijev v tem procesu. Konkretnije sem se osredotočila na načine kako omenjena navezava ustvarja ženske seksualne probleme in hkrati tudi zdravila za le-te. Nazadnje sem se posvetila kampanji »Novega pogleda na ženske seksualne probleme«. Na kratko sem opisala zgodovino njihovega delovanja, nato sem predstavila njihovo kritiko obstoječe biomedicinske klasifikacije seksualnih problemov po DSM in njihovo klasifikacijo ženskih seksualnih problemov, ki ne definira ženskih seksualnih problemov po kategorijah, ampak izpostavlja vzroke za nastanek le-teh. Na koncu sem še na kratko opisala raziskavo, ki je empirično preverjala relevantnost klasifikacije ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda«.

Zastavila sem si dve tezi, ki sta bili moje vodilo skozi celotno nalogo.

- Ženska seksualnost je raznolika in kompleksna, zato je ne moremo obravnavati zgolj v medicinskem okviru.
- Sodobna ženska seksualnost predstavlja specifično tržno nišo za farmacevtsko industrijo.

V sklepu sem obravnavala temo z vidika zastavljenih tez.

Naloga je zastavljena teoretsko. Uporabila sem metodo sekundarne analize besedil.

2 SOCIALNI KONSTRUKTIVIZEM IN SEKSUALNOST

Teorija socialnega konstruktivizma izhaja iz teze, da so vsi pojmi družbeno in kulturno konstruirani oziroma umeščeni v nek kontekst in pri tem ne zanika fizične izkušnje realnosti (Kamin 2006). Pri konstruiranju realnosti imajo posamezniki aktivno vlogo, ki je pogojena z njihovimi izkušnjami, njihovo kulturo in prevladujočimi diskurzi v njihovi družbi. Kar dojemamo kot realnost je oblikovano skozi sisteme socialnih, kulturnih in medsebojnih procesov. Razvoj in oblikovanje pojmov je družben fenomen, ki ga pogojuje komunikacija med posamezniki (Hoffman v Martino Villanueva 1997). Pomeni in konotacije mnogih pojmov, ki jih ljudje uporabljajo tako na profesionalni ravni kot tudi vsakdanjega življenja, se spreminjajo v okviru časovne ter kulturne dimenzije, sami pomeni pojmov pa so velikokrat bolj odvisni od njihove »politične uporabnosti kot pa veljavnosti« (Sherif in Unger v Tiefer 2004, 17). V okviru določenega kulturnega konteksta je v nekem trenutku onemogočeno postavljanje določenih vprašanj zaradi družbene nezaželenosti postavljanja le-teh v tistem trenutku (Thadeus v Tivadar 1996).

Socialni konstruktivisti in postmodernisti v zvezi s preučevanjem seksualnosti v veliki meri izhajajo iz feminističnih teorij in idej francoskega filozofa Michela Foucaulta. Ta je argumentiral, da družbe proizvajajo celotne sisteme seksualnih vedenj, vrednot in praks v smislu seksualnih režimov prepletenih s političnimi elementi. Foucault si je prizadeval za razkritje teh režimov z namenom, da bi jih »videli take kot so v resnici« (Foucault v Sanderson 2003), kajti le tako se je mogoče osvoboditi družbenega nadzora (Sanderson 2003). Seksualnost ter seksualne izkušnje so konstruirane, prilagojene in spreminjane v okviru konstantno spreminjajočega se seksualnega diskurza (Tiefer 2004). Seksualni diskurz tako osmišlja načine, na osnovi katerih preiščujemo, razmišljamo o seksualnosti in se z njo ukvarjamo, hkrati pa določa pooblastila za izrekanje mnenj, sodb in načinov o seksualnosti. Kot pojasnjuje Tanja Kamin (2006, 18) so »diskurzi neločljivo povezani z interesi posameznikov in družbenih skupin, ki razpolagajo z znanjem, vedenjem in imajo moč, da vedenje širijo in utrjujejo«.

Socialni konstruktivisti poudarjajo, da se razumevanje in dožemanje pojma seksualnosti razlikuje od družbe do družbe, ker je konstruiranje pomena pojma

odvisno od časovnih, kulturnih in zgodovinskih karakteristik določene družbe (Vance v Martino Villanueva 1997). Navedene karakteristike družb vplivajo tudi na pomen kolektivne izkušnje seksualnosti preko definicij, regulacij, ideologij, konstrukcij seksualnih identitet, itd. (Vance v Martino Villanueva 1997).

3 CIKEL ČLOVEKOVEGA SEKSUALNEGA ODZIVANJA

Cikel človekovega seksualnega odzivanja sta razvila William Masters in Virginia Johnson leta 1966 kot rezultat njunih večletnih laboratorijskih opazovanj in raziskovanj. Cikel predstavlja model »normalnega« moškega in ženskega seksualnega odzivanja in ne razlikuje med moškimi in ženskimi seksualnimi odzivi. Temelji na biomedicinskem razumevanju seksualnosti in je platforma, na kateri je osnovano sodobno razumevanje seksualnosti in posledično medikalizacija seksualnosti (Bancroft 2002).

Model človekovega seksualnega odzivanja je definiran kot niz zaporednih fizioloških sprememb, skozi katere gre telo v vsaki fazi, in ki so bile opazovane in izmerjene v laboratoriju v času izvajanja seksualnih aktivnosti (kot npr. masturbacija, koitus) (Tiefer 2004). Masters in Johnsonova sta cikel človekovega seksualnega odzivanja razdelila v štiri faze. Prva je faza vznemirjenja, ki ji sledijo plato faza, faza orgazma in sprostitvena faza. Naštete faze naj bi sovpadale s fazami seksualnega vzburljenja ter pojasnjevale značilne seksualne odzive (Sexualhealth.com).

Univerzalni cikel človekovega seksualnega odzivanja je deležen številnih kritik, predvsem zaradi enačenja moških in ženskih seksualnih odzivov. Leonore Tiefer, ki je podrobneje preučila delo Mastersa in Johnsonove, poudarja, da njuno delo temelji bolj na predvidevanjih kot pa opazovanjih. Sodelujoči v njuni raziskavi so bili skrbno izbrani, in sicer je šlo je za poročene pare srednjega razreda, hkrati so njuni subjektivni selektivni kriteriji usmerjali sam potek raziskovanja oziroma so »zagotovili« pričakovana fiziološka odzivanja sodelujočih (Tiefer 1996). Eden izmed bolj problematičnih kriterijev, ki je predstavljal pogoj za sodelovanje žensk v raziskavi, je bila zmožnost doživljanja orgazma med vaginalnim spolnim odnosom (Irvine in Tiefer v Bancroft 2002).

4 MEDICINSKA KLASIFIKACIJA SEKSUALNIH MOTENJ

Ameriško psihiatrično združenje (APA) je razvilo medicinsko klasifikacijo seksualnih motenj za svoj Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni (DSM). Seznam diagnoz motenj v DSM predstavlja osnovno in referenčno gradivo za strokovnjake različni strok (seksologija, medicinsko pravo, psihologija, itd.) in predstavlja standard po celem svetu (Tiefer 2001; PsyWeb.com 2011). Je najbolj pogosto uporabljen model za diagnosticiranje ženskih seksualnih problemov (FSD v Hartley 2006).

Medicinska klasifikacija temelji na ciklu človekovega seksualnega odzivanja Mastersa in Johnsonove ter na delu Helen Singer Kaplan (Tiefer 2001). V diagnostičnem priročniku je seksualna disfunkcija definirana kot motnja v eni izmed faz, ki sestavljajo cikel seksualnega odzivanja ali kot bolečina med samim spolnim odnosom (American Psychiatric Association v Tiefer 1996). DSM ne razlikuje med moškimi in ženskimi seksualnimi motnjami ter predstavlja okvir za klinične študije in prakse (Nicholls 2008).

DSM je nastal zaradi potrebe po obstoju nomenklature, ki bi bila osnovana na skupaj zbranim znanju o duševnih motnjah. Prvič je bil izdan leta 1952 (DSM-I) in je z leti doživel že več revizij, med katerimi je najpomembnejša iz leta 1980 (DSM-III). Trenutno je še v veljavi DSM-IV iz leta 2005, za leto 2013 pa je previden izid DSM-V (Blashfield; DSM-IV-TR; Scotti and Morris v Moon 2004).

DSM deli seksualne probleme v štiri kategorije: motnje spolne želje, motnje seksualnega vzburjenja, motnje orgazma in bolečine med spolnim odnosom (Tiefer 2001).

Po DSM-IV-TR se motnje spolne želje nanašajo na izgubo želje po spolnosti in na seksualni odpor. Motnje seksualnega vzburjenja se nanašajo na motnje v genitalnem vzburjanju in so pri ženskah poimenovane kot ženska motnja seksualnega vzburjenja, pri moških pa kot erektilna motnja. Motnja orgazma se nanaša na težave pri doseganju orgazma, pri moških so v to kategorijo vključene še težave s prezgodnjim izlivom. Vaginizem je motnja pri ženskah, ki se pojavi kot bolečina med spolnim odnosom, ki je posledica krčenja mišic na zunanjih predelih vagine, disparevnija pa

je po DSM-IV-TR bolečina, ki se pojavi med spolnim odnosom tako pri moških kot pri ženskah (Encyclopedia of Mental Disorders).

5 MEDIKALIZACIJA

Kontekste delovanja in spoznavanja medicine je že od nekdaj določal kulturno-zgodovinski kontekst. Medicinska dognanja niso samo rezultat fenomenov, ki obstajajo v zunanjem svetu. Podatek ali znanstveno dejstvo je rezultat vzajemnega delovanja idej, pričakovanj ter principov interpretacij znotraj znanstvene skupine na eni strani in opazovanega sveta na drugi strani (Tivadar 1996, 69).

»Medikalizacija je pomemben družbeni in intelektualni trend, kjer medicina z njenimi značilnimi načini mišljenja, modeli, metaforami, vrednotami in institucijami začne izvrševati praktično in teoretično prakso na določenih področjih življenja« (Conrad in Schneider v Tiefer 1996, 4). Z drugimi besedami lahko rečemo, da medikalizacija predstavlja označevanje problemov z medicinskimi termini, rabo medicinskega jezika za opisovanje problemov, prisvojitve biomedicinskega modela za razumevanje problemov in uporabo medicinske intervencije (Conrad v Tiefer 1996; Kamin 2006).

Pri trendu medikalizacije gre za to, da ima institucija medicine pomembno vlogo pri tem, kako dojemamo in živimo v svojem telesu, kako dojemamo svoje vsakdanje navade ter na kakšen način se spopadamo z vsakdanjimi strahovi (Kamin 2006). Joseph Dumit (v Sismondo 2004) argumentira, da je bilo včasih človeško telo dojeto kot zdravo in samo občasno bolno. Situacija je sedaj popolnoma nasprotna. Medikalizacija je povzročila, da se na človeško telo gleda kot na konstantno bolno telo, ki ima potencial ozdravitve. Sodobni človek postaja vse bolj (nezdravo) obseden s svojim zdravjem. V moderni družbi je v pojmu telesa utelešenih vse več socialnih vprašanj, tudi tistih, ki so temeljno političnega in ekonomskega izvora, skozi okvir znanstvene medicine preoblikovanih v »bolezni« oziroma v znanstvena vprašanja (Moynihan in drugi 2002; Kamin 2006).

Medikalizacijo izvaja medicinska stroka kot so urologi, psihiatri, terapevti, klinični psihologi, itd. v navezavi s farmacevtsko industrijo in množičnimi mediji, ki hkrati

skupaj ustvarjajo nove probleme in tudi »rešitve« za te probleme. Za farmacevtska podjetja je najpomembnejše sodelovanje z zdravniki, kajti le-ti priporočajo ter predpisujejo zdravila. So nekakšni posredniki med farmacevtskimi podjetji in bolniki, seveda pa ne gre zanemariti dejstva, da imajo zdravniki od tega posredništva velike koristi (Angell 2008).

Da lahko farmacevtsko podjetje začne s kliničnim raziskovanjem novega zdravila, mora najprej točno določiti naravo bolezenskega stanja, ki naj bi jo novo zdravilo pozdravilo. Nato lahko začne z iskanjem kombinacije kemikalij, ki so koristna za dano bolezensko stanje. Pri kliničnem raziskovanju je vsekakor problematično to, da raziskovalci raziskavo zaradi sponzorstva s strani farmacevtskih podjetij velikokrat usmerjajo v smer interesov le-teh (Angell 2008; Mahoney v Sismondo 2004). Tako farmacevtska podjetja dejansko vplivajo na obliko ter vsebino raziskav, hkrati pa tudi samo raziskovanje deluje kot marketing farmacevtskih podjetij in tako vpliva na prepoznavnost podjetij (Sismondo 2004).

V zadnjem času določene oblike medikalizacije vse bolj predstavljajo strategijo »prodajanja bolezni«, ki tudi najbolj običajno, nenevarno bolečino ter bolezenske znake in osebne težave preoblikuje v resna stanja, ki nujno potrebujejo medicinsko obravnavo. Vse to je povezano s težnjo farmacevtskih podjetij po ustvarjanju in širjenju trgov za nova zdravila ter željo po čim večjem dobičku. Posamezna farmacevtska podjetja aktivno sodelujejo pri konstruiranju in oblikovanju novih bolezenskih definicij in diagnoz v obliki sponzorstva kliničnih raziskovanj. V tem primeru bi lahko bi rekli, da ne gre več za socialno konstrukcijo bolezni, ampak da so farmacevtske korporacije tiste, ki ustvarjajo bolezni. Farmacevtska industrija s pomočjo medicinske stroke in množičnih medijev ustvarja različne kampanje z namenom ozaveščanja javnosti kot potencialnih potrošnikov o določenih bolezni, s katerimi širi svoj pogled na te bolezni in na zdravljenje le-teh. Kampanje tako služijo kot marketinške strategije širjenja trga za nove farmacevtske izdelke, ki zdravijo novo nastala patološka stanja oziroma bolezni. Da bi pritegnili pozornost potrošnikov oziroma bolnikov, naveza farmacevtske industrije in medicinske stroke s pomočjo množičnih medijev ustvarja oglase, ki so neposredno usmerjeni na potrošnika, in ki pri njih sprožajo strahove glede nekega bolezenskega stanja zaradi pomanjkljive informiranosti o tem stanju (Angell 2008; Moynihan in drugi 2002). Revije so preplavljene z različnimi članki in raziskavami o številnih bolezni, zato je

preverjanje bolezni po seznamu postalo del naše vsakdanje kulture. To preverjanje deluje na prvi pogled osvobajajoče, saj so potrošniki skrb za zdravje vzeli v svoje roke, pod svoj nadzor in tako sooblikujejo svoje diagnoze in oblike zdravljenja. Ampak kar po eni strani deluje kot mehanizem osvobajanja, lahko po drugi strani deluje kot mehanizem podreditve (Andreasen; Cosgrrove in Bursztajn v Cosgrove in drugi 2008).

Farmacevtska industrija uporablja različne strategije oglaševanja kot so prikrito oglaševanje, najema tudi različne »neodvisne strokovnjake«, ki nastopajo v oglasih in promovirajo učinkovitost različnih farmacevtskih produktov, pa tudi zadovoljne »potrošnike«, ki so več kot navdušeni nad učinkovitostjo zdravil (Angell 2008; Moynihan in drugi 2002).

5. 1 Teoretska opredelitev medikalizacije

O medikalizaciji določenega področja človekovega življenja se govori, ko sta izpolnjena dva pogoja:

1. obstoj teoretičnega medicinskega modela za določeno vedenje;
2. uporaba tega modela v praksi za uokvirjanje določene človeške izkušnje. Njegov cilj je nadzorovanje problematičnih vedenj in stanj.

Medikalizacija deluje na konceptualni, institucionalni ter interakcijski ravni (Tivadar 1996, 80).

Obstaja več različnih pogledov na medikalizacijo. Eden izmed teh je tudi feministični pristop, ki »*medikalizacijo razume kot triplastni proces spolne diferenciacije*« (Tivadar 1996, 81):

1. kjer medicina postavi družbene kriterije normalnega in deviantnega vedenja pri moških in ženskah;
2. ki omogoča nastanek pogojev, kjer moški nadzorujejo ženske, le-te pa si morajo izboriti privilegije;
3. ki je prostor za izvajanje politične prakse.

5.2 Medikalizacija seksualnosti

Medikalizacija seksualnosti temelji na biomedicinskem modelu seksualnosti, ki ponuja univerzalen, funkcijsko usmerjen pogled na seksualnost in poudarja dualizem »um-telo«, odgovornost posameznika za svojo situacijo, biološki redukcionizem, splošno obstoječe norme in odklone od le-teh (vse kar ne spada v okvir norme je definirano kot odklon) ter univerzalnost (Tiefer 1996; Boyle v Tiefer 2001; Tiefer 2004). Posledica dualizma »um-telo« je konstrukcija podobe telesa kot kompleksnega stroja, katerega okvara se kaže kot bolezen. Zdravnikova naloga v tem primeru je, da popravi okvaro stroja (Engel in drugi v Tiefer 1996). Fizični in psihološki dejavniki pritožb in bolezni v zvezi s seksualnimi problemi se tako obravnavajo ločeno (Wylie v Tiefer 1996). Dualizem »um-telo« definira »*seksualno disfunkcijo kot motnjo v seksualnem aktu*« (Tiefer 1996, 5), normalno seksualno funkcijo pa kot posledico normalnega fiziološkega delovanja.

Biomedicinski model seksualnosti upošteva zgolj fiziološke zmožnosti in vidike seksualnosti ter ne dopušča možnosti za razumevanje orgazma in erekcije kot socialna konstrukta (Tiefer 2004).

5.2.1 Medikalizacija ženske seksualnosti

Gledano iz zgodovinskega vidika lahko rečemo, da je bila ženska seksualnost v določenih obdobjih bolj podvržena nadzorovanju in »mehanizmu potlačitve« kot pa v drugih. Na primer, v viktorijanski dobi so bile ženske, ki so odkrito uživale v spolnosti pogostokrat hospitalizirane zaradi blaznosti ali pa so bile objekt različnih medicinskih posegov, kar so velikokrat tudi še danes (WHO v Bancroft 2002). Viktorijanski dobi je sledilo dolgo obdobje, ko ženska seksualnost ni bila (viden) objekt medicinske obravnave. V tem času se je sicer pojavila oralna kontracepcija, vendar njen namen ni bil seksualni užitek žensk brez prisotnosti strahu pred nezaželeno nosečnostjo, ampak nadzor plodnosti poročenih žensk. V zadnjih dveh desetletjih je področje ženske seksualnosti prišlo v ospredje medicinskih razprav, vidno je postalo vprašanje negativnih stranskih učinkov kontracepcijskih tablet na

žensko seksualnost in tudi drugih zdravil kot so na primer antidepresivi, pa tudi različnih operativnih posegov (Bancroft 2002).

Medicina si lasti veliko več področij ženskega življenja kot jih je zmožna pozdraviti. To pomeni, da lahko zdravniki sicer prepoznajo znake določnega problematičnega vedenja, vendar niso prepričani kaj točno ti pomenijo (Tivadar 1996). Popolnoma razumljivo je, da medicinska teorija definira in razlaga ženske telesne in duševne spremembe kot bolezenske, če je njeno telo že v osnovi obravnavano kot bolno (Kamin 2006).

Specifično ženski telesni procesi, reprodukcijske sposobnosti žensk in raven družbene vloge so tri ravni, ki so jih opredelili in analizirali zagovorniki socialnega konstruktivizma o medicini in pripadnikih feministične teorije v sociologiji medicine, kjer je ženska objekt medikalizacije (Kamin 2006).

5.2.2 Medikalizacija ženskih seksualnih problemov

Takoj, ko je Ameriška uprava za hrano in zdravila (FDA) leta 1998 odobrila Viagra kot zdravilo za resno, zelo razširjeno, a ozdravljivo stanje poimenovano kot motnja erekcije, in ko se je izkazalo, da je mogoče sodobna seksualna nezadovoljstva in motnje uspešno medikalizirati, so urologi, farmacevtska industrija, številni terapevti ter klinični psihologi začeli intenzivno iskati načine, s katerimi bi ženske seksualne probleme »preoblikovali« v stanja, ki nujno potrebujejo medicinsko intervencijo (Tiefer 1996; Tiefer 2003).

Da je lahko farmacevtska industrija skupaj z urologi začela razvijati, testirati, prodajati in predpisovati zdravila za zdravljenje ženskih seksualnih problemov, je morala najprej postaviti točno definicijo »nove bolezni« (Tiefer 2003). V ta namen so začeli sponzorirati različne sestanke, kjer so zdravniki različnih strok sestavili seznam ženskih seksualnih motenj na podlagi pritožb žensk zaradi težav z vznburjenjem, poželenjem, doživljanjem orgazma, bolečino med spolnim odnosom, ... V nekaterih primerih je šlo za ženske, katerih seksualni problemi so bili posledica zdravstvenih težav (kemoterapija, različni operativni posegi), večinoma pa so bile to zdrave ženske, katerih pričakovanja v zvezi s spolnostjo so bila osnovana na podlagi

(nerealnih) informacij posredovanih s strani medijev ali pa se njihova pričakovanja v zvezi s seksualnostjo niso ujemala s partnerjevimi pričakovanji. Kot posledica različnih kampanj, katerih namen je bil ozaveščanje žensk o pomembnosti seksualnih problemov, so se ženske v upanju na čudežno zdravilo obrnile po nasvet ter pomoč k zdravniku. Na osnovi pritožb žensk v povezavi s seksualnostjo so urologi na sestankih organiziranih s strani farmacevtske industrije leta 1998 sestavili seznam motenj (pomanjkanje spolne želje, težave z vzburjanjem in doživljanjem orgazma, bolečina med spolnim odnosom), ki so skupaj tvorile stanje definirano kot »ženska seksualna disfunkcija in je na splošno označevala genitalno psihopatološko stanje, ki naj bi bilo podobno erektilni disfunkciji« (Tiefer 2006, 438).

Irwin Goldstein, raziskovalec seksualnosti na bostonski univerzi, je eden izmed vidnejših akterjev pri izvajanju medikalizacije ženske seksualne disfunkcije. Leta 1998 je odprl prvo kliniko za žensko seksualno zdravje (Women's Sexual Health clinic), naslednje leto pa je organiziral prvo konferenco z naslovom *Nove perspektive v menedžmentu ženske seksualne disfunkcije*. Leta 2004 je nastopil kot urednik revije *Journal of Sexual Medicine*, kjer so objavljeni članki, ki jasno izražajo podporo medikalizaciji (Tiefer 2006).

Laura in Jennifer Berman sta sestri in predstavljata »ženski obraz« medikalizacije ženske seksualne disfunkcije. Prva je klinična psihologinja, druga je urologinja. Skupaj sta leta 2001 odprli kliniko v Los Angelesu, kjer sta zdravili ženske s seksualno disfunkcijo in izvajali raziskave ženske seksualne disfunkcije (med drugim sta izvajali raziskavo, ki jo je sponzoriralo podjetje Pfizer, katere namen je bil ugotavljanje vpliva Viagre na ženske). Aktivni sta na področju populariziranja ženske seksualne disfunkcije: imata lastno televizijsko oddajo, spletno stran, bili sta redni gostji v Oprah Winfrey Show, izdali sta že več knjig ter pišeta članke za ženske revije. V svojih knjigah pišeta o načinih, kako naj ženske prepoznajo seksualno disfunkcijo, in na kak način se naj o tem pogovorijo s partnerjem ter zdravnikom (Fishman 2004; Tiefer 2006). Kot navaja Jennifer Fishman (2004), sestri Berman v eni izmed knjig jasno izpostavita Viagro in testosteronsko terapijo kot načina zdravljenja ženske seksualne disfunkcije. Leta 2005 se je klinika v Los Angelesu zaprla, sestri pa sta vsaka v drugem mestu odprli medicinske centre, kjer naj bi uporabljali bolj holističen pristop do zdravljenja ženske seksualne disfunkcije (Tiefer 2006).

Največje farmacevtsko podjetje na svetu, Pfizer, si je med letoma 1997 in 2004 prizadevalo, da bi Ameriška uprava za hrano in zdravila odobrila Viagra tudi za zdravljenje ženske seksualne disfunkcije. Do tega ni prišlo, saj rezultati kliničnih raziskav niso pokazali ustreznega učinka. Kljub temu se Viagra predpisuje »na črno« za zdravljenje ženske seksualne disfunkcije, zaradi obstoječega mišljenja, da če Viagra uspešno zdravi erektilno motnjo, potem bo tudi ženskam pomagala pri njihovih seksualnih problemih (Tiefer 2006).

Intrinsa je testosteronski obliž podjetja Procter&Gamble, ki ga je le-to razvilo za zdravljenje ženske seksualne disfunkcije oziroma, natančneje za motnjo spolnega poželenja. Odbor Ameriške uprave za hrano in zdravila ni odobrilo Intrinse za zdravljenje ženske seksualne disfunkcije, na zaslišanju pa so sodelovali tudi člani »Novega pogleda« (Tiefer 2006).

Trenutno je v tretji fazi kliničnega razvoja pod nadzorom odbora Ameriške uprave za hrano in zdravila zdravilo Libigel podjetja BioSante Pharmaceuticals, ki na svoji spletni strani (www.biosantepharm.com) navaja, da so rezultati druge faze kliničnih raziskovanj obetajoči (Biosante Pharmaceuticals 2011).

S strani Ameriške uprave za hrano in zdravila tako do sedaj še ni bilo odobreno nobeno zdravilo za zdravljenje ženske seksualne disfunkcije. To potrjuje dejstvo, da je ženska seksualnost kompleksna in zapletena ter predvsem, da se razlikuje od moške seksualnosti in obenem zavrača to, kar sta v sklopu svojega cikla človekovega univerzalnega cikla trdila Masters in Johnsonova in na katerem je osnovana biomedicinska klasifikacija seksualnih problemov (Tiefer 2003).

Sporno je to, da zdravniki ženskam za njihove seksualne probleme predpisujejo zdravila, ki so namenjena zdravljenju moške erektilne motnje. Jan Shifren (v Tiefer 2006) ocenjuje, da naj bi bila kar petina vseh predpisanih zdravil na recept za zdravljenje moške erektilne motnje v resnici namenjena ženskam.

6 KAMPANJA »NOVEGA POGLEDA« NA ŽENSKO SEKSUALNE PROBLEME

Kampanja »Novega pogleda« na ženske seksualne probleme predstavlja nov, alternativen okvir preučevanja ženske seksualnosti in tako presega obstoječi biomedicinski model preučevanja seksualnosti. Kampanja je aktivistične narave in je nastala kot odgovor na vse večjo medikalizacijo ženskih seksualnih problemov (Tiefer 2008). Njen namen je kritika prevladujoče biomedicinske klasifikacije seksualnih problemov, ki je po mnenju kampanje največja ovira pri razumevanju ženskih seksualnih problemov. Medicinski model seksualnosti obravnava seksualnost enostransko in univerzalno, ker poudarja pomen fizioloških aspektov seksualnosti in tako zanemarja vpliv ostalih dejavnikov na seksualnost kot so npr. socialni, politični, osebni, ... kontekst. Ravno zaradi tega je medikalizacija ženskih seksualnih problemov usmerjena le na »popravilo« telesa, konkretnije na »popravilo« spolnih organov, ki naj bi povzročali seksualne probleme (Tiefer 2001).

Kampanja pri preučevanju ženskih seksualnih problemov poleg medicinskih dejavnikov poudarja pomen sociokulturnih, ekonomskih ter političnih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na razumevanje ženske seksualnosti in s tem povezanih problemov, ki jih medicinski diskurz zanemarja. Aktivisti »Novega pogleda« si prizadevajo za umeščanje ženske seksualnosti v širši okvir preučevanja in ne samo v medicinskega (Tiefer 2008). Kampanja tudi izpostavlja problematičnost navezave med medicinsko stroko (predvsem urologov, seksologov in psihiatrov), farmacevtsko industrijo in množičnimi mediji, ki skupaj izvajajo in usmerjajo medikalizacijo seksualnosti (New View Campaign 2010). »Novi pogled« dojemajo vso pozornost, ki je namenjena sodobni ženski seksualnosti, kot obliko patriarhalne dominancije (Tiefer 2008).

Kampanja sestoji iz dveh delov. Prvi del predstavlja teoretska kritika obstoječe klasifikacije seksualnosti v DSM v obliki manifesta, različnih člankov, knjig ter predavanj. Manifest »Novega pogleda« je središčni del kampanje, preveden v več tujih jezikov in je plod raziskovanj kliničnih psihologov, feministično usmerjenih avtorjev in aktivistov, ki so svoje delovanje definirali kot delovna skupina »Novega pogleda na ženske seksualne probleme«. Manifest »Novega pogleda« vsebuje novo

definicijo ženskih seksualnih problemov, poglavje o seksualnem zdravju in seksualnih pravicah ter novo klasifikacijo ženskih seksualnih problemov. Drugi del kampanje se odraža kot aktivistično gibanje v obliki organiziranja različnih konferenc, intervjujev, protestov, ... (Tiefer 2006).

6.1 Zgodovina delovanja Kampanje »Novega pogleda«

Začetki kampanje »Novega pogleda« segajo v leto 1999, ko se je v Bostonu odvijala konferenca na temo ženske seksualne disfunkcije. Leonore Tiefer, klinična psihologinja, terapevtka in raziskovalka na področju seksualnosti, je iz strahu pred tem, da bodo urologi (finančno podprti s strani podjetja Pfizer) na konferenci žensko seksualno disfunkcijo obravnavali na enak, mehanski način kot moško erektilno motnjo in s tem zanikali vpliv tudi drugih dejavnikov na žensko seksualnost kot so osebne izkušnje, politični kontekst, itd. Pozvala je feministično usmerjene kritike medikalizacije seksualnosti, da bi na konferenci nastopili skupaj ter opozorili na pomanjkljivosti in neustreznost obstoječega modela preučevanja ženske seksualnosti. Leta 1999 je aktivistično gibanje postalo znano pod imenom kampanja »Novega pogleda na ženske seksualne probleme«, katere cilji so bili oblikovanje alternativnega okvirja preučevanja ženskih seksualnih problemov; izobraževanje strokovnih delavcev s področja seksualnosti; opozarjanje na pristranskost raziskovanja ženskih seksualnih problemov zaradi vpletenosti farmacevtske industrije in njenih interesov (Tiefer 2006; New View Campaign 2010).

Leta 2000 je delovna skupina »Novega pogleda« dokončno oblikovala manifest. V letu 2001 so različne profesionalne organizacije, združenja in posamezniki predstavile manifest na številnih konferencah (Tiefer 2008). Prva konferenca kampanje »Novega pogleda« je bila organizirana leta 2002 v San Franciscu in je gostila strokovnjake različnih strok. Konferenca je bila uspešna na intelektualni kot tudi na politični ravni. Istega leta je bila izdana tudi knjiga z naslovom *Novi pogled na ženske seksualne probleme*, ki sta jo uredili Ellyn Kaschak in Leonore Tiefer. V letu 2003 je delovna skupina v samozaložbi izdala še priročnik, v katerem se nahajajo nasveti za izvajanje učnih delavnic, kako razmišljati o seksualnosti in jo

dojemati na različne načine in pri tem upoštevati različne kontekste umeščenosti le-te (Tiefer 2008; New View Campaign 2010).

Lero 2004 je bilo za »Novi pogled« prelomno leto, kajti takrat so člani delovne skupine sodelovali na sestanku odbora Ameriške uprave za hrano in zdravila. Sestanek je bil sklican zaradi Intrinse, prvega zdravila, ki naj bi zdravilo ženske seksualne probleme. Vendar sta tako odbor Ameriške uprave za hrano in zdravila kot tudi delovna skupina »Novega pogleda« glasovala proti odobritvi oziroma registraciji Intrinse. Zaradi sodelovanja v tem procesu je bil »Novi pogled« deležen medijske pozornosti, ki so jo aktivisti kampanje izkoristili za opozarjanje na (pre)veliko vlogo farmacevtske industrije v samem poteku kliničnih raziskovanj seksualnih problemov in usmerjanj raziskav s strani le-te (New View Campaign 2010).

Drugo konferenco je delovna skupina »Novega pogleda« organizirala v Montrealu leta 2005, njen naslov je bil *Ženske in nova seksualna politika: dobiček proti užitku*. Na tej konferenci sta bila statutu o ženskem seksualnem zdravju dodana dva kriterija: sociopolitični in medicinski. Tega leta so začeli tudi izvajati spletni tečaj, katerega namen je bil razumevanje ženskih seksualnih problemov v širšem okviru. Kasneje so izobraževanje razširili na področje moških seksualnih problemov. Oba programa sta brezplačno dosegljiva na spletu (New View Campaign 2010).

V letu 2008 je »Novi pogled« razvil tečaje za izobraževanje strokovnih delavcev na področju mentalnega zdravja, ki se prav tako izvajajo prek spleta. Novembra 2008 je bila izdana posebna izdaja revije *Feminism & Psychology*, ki je bila v celoti posvečena kampanji »Novega pogleda na ženske seksualne probleme« in njenemu delovanju v zadnjem desetletju (New View Campaign 2010).

Novembra 2008 je »Novi pogled« prvič organiziral ulične demonstracije z namenom protesta proti vse večji rasti genitalne kozmetične kirurgije za ženske (New View Campaign 2010). Na to temo je delovna skupina »Novega pogleda« leta 2010 v Las Vegasu organizirala proti-konferenco konferenci, organizirani s strani kirurgov in ostalih akterjev, vključenih v proces izvajanja in promocije te vrste kirurgije. Namen konference je bil opozarjanje na izvajanje vse večjega družbenega pritiska na žensko samopodobo in posledično poudarjanje »ženske popolnosti v celoti«. Zadnjo konferenco je kampanja »Novega pogleda« organizirala letos v Vancouvru. Njen namen je bil kritično oceniti načine, kako farmacevtska industrija, znanost,

medicinska stroka ter množični mediji skupaj oblikujejo medicinsko in javno razumevanje spolnosti ter izkušnje le-te (New View Campaign 2010).

Leonore Tiefer (2008) argumentira, da je kampanja »Novega pogleda« v dobrem desetletju svojega delovanja izoblikovala širšo sliko o tem, kdo vse izvaja medikalizacijo ženske seksualnosti. Na začetku delovanja so bili prepričani, da jo izvajajo predvsem urologi. Kasneje se je izkazalo, da za medikalizacijo seksualnosti stoji v največji meri farmacevtska industrija zaradi zasledovanja lastnih interesov. Farmacevtska industrija širi in promovira svoja stališča in produkte prek delovanja različnih profesionalnih organizacij; sponzorstva oglaševanja in delavcev v zdravstvu; prek različnih »strokovnih« izobraževanj; marketinga. Sodobna seksualnost po mnenju Tieferjeve predstavlja poseben trg, ki prinaša ogromne dobičke in zato postaja vse bolj medikalizirana. Farmacevtska industrija izkorišča ranljive in nesrečne posameznike, ki ne posedujejo zadostnih informacij in znanja o seksualnosti oziroma vse, kar vedo o seksualnosti, je posredovano s strani medijev in farmacije, ki oblikujejo seksualne diskurze, ki služijo njihovim interesom.

6. 2 Kritika obstoječe biomedicinske klasifikacije ženskih seksualnih problemov

Biomedicinski okvir preučevanja ženske seksualnosti »*reducira seksualne probleme na motnje fiziološke funkcije*« (Tiefer 2001, 95). Kampanja »Novega pogleda« ga zato kritizira na treh ravneh:

1. Biomedicinski model podaja napačno predstavo o seksualni enakovrednosti med moškimi in ženskami. Starejše raziskave so nakazale na podobnost moških in ženskih fizioloških odzivov med spolno aktivnostjo, zato so raziskovalci predpostavljali, da so tudi motnje podobne. Vendar so kasnejše raziskave (kjer so ženske opisale seksualne izkušnje iz svojega zornega kota) pokazale, da se moška in ženska seksualnost precej razlikujeta, in da ženska seksualnost ne sovпада s človeškim ciklom seksualnega odzivanja. Poleg tega biomedicinski model zanemara vlogo še drugih dejavnikov, kot so neenakost glede na spol, etnično in razredno pripadnost, spolno usmerjenost, ...

2. Biomedicinski model zanemara pomen razmerja na spolnost ter predpostavlja, da če seksualni organi funkcionirajo tako kot morajo, potem ni problemov. Tako model zanemara kvaliteto odnosa, ki za ženske predstavlja pomemben kontekst seksualnosti. Razmerje je lahko vir seksualne zadovoljitve, lahko je pa tudi vir seksualnih problemov.
3. DSM uvršča žensko seksualnost (in ženske seksualne probleme) v eno kategorijo in zanemara dejstva, da se ženske med seboj razlikujejo po vrednotah, odnosu do seksualnosti, da izhajajo iz različnih družbenih in kulturnih okolij, ki pomembno vplivajo na posameznikovo konstrukcijo odnosa do seksualnosti. »Novi pogled« argumentira, da se ravno zaradi tega ne sme ženskih seksualnih problemov »tlačiti« v eno kategorijo disfunkcij oziroma jih tudi »zdraviti« z univerzalnim medicinskim pristopom (Tiefer 2001).

6. 3 Klasifikacija ženskih seksualnih pogledov po »Novem pogledu«

Delovna skupina »Novega pogleda na ženske seksualne probleme« je seksualne probleme definirala kot *»nezadovoljstvo s katerim koli čustvenim, fizičnim ali odnosnim aspektom seksualne izkušnje«* (Tiefer 2001, 95).

Klasifikacija ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda« temelji na vzrokih seksualnih problemov, ki so razdeljeni v štiri kategorije in so žensko usmerjeni (Tiefer, 2001):

- 1. Seksualni problemi, ki so posledica sociokulturnih, ekonomskih ali političnih dejavnikov.**
 - Pomanjkljiva izobrazba v povezavi s seksualnostjo, oviran dostop do zdravstvenih storitev in druge socialne ovire, ki vplivajo na pomanjkljivost oziroma nezadostnost informacij glede človeške seksualne biologije; vpliv vloge spolov na seksualna pričakovanja, prepričanja, vedenja; itd.

- Izogibanje spolnosti zaradi strahu pred nezmožnostjo doseči kulturne norme v povezavi s pravilno seksualnostjo (nezadovoljstvo z lastnim telesom, negativna telesna samopodoba, sram zaradi lastne spolne orientacije in identitete, ...).
- Konflikt med seksualnimi normami subkulture in prevladujoče kulture.
- Pomanjkanje časa zaradi izčrpanosti, družinskih in službenih obveznosti.

2. Seksualni problemi povezani s partnerjem in partnerskim odnosom.

- Pomanjkljiva komunikacija – nezmožnost pogovora med partnerjema o seksualnih željah, pričakovanjih, ...
- Seksualno neujemanje med partnerjema.
- Partnerjeva nezvestoba, strah pred partnerjem in drugi konflikti med partnerjema, ki niso povezani s seksualnostjo.
- Partnerjeve zdravstvene težave.

3. Seksualni problemi, ki so posledica psiholoških dejavnikov.

- Spolne in čustvene zlorabe iz preteklosti, strah pred zlorabo, depresija, ...
- Zavračanje seksualnosti iz strahu pred posledicami seksualnih aktivnosti (nezaželena nosečnost, izguba ugleda, spolno prenosljive bolezni, itd.).

4. Seksualni problemi, ki so posledica zdravstvenih dejavnikov.

- Nosečnost, spolno prenosljive bolezni, nevrološke bolezni, bolezni ožilja, ...
- Upad spolne želje kot posledica stranskih učinkov uživanja zdravil, drog, ...

Delovna skupina »Novega pogleda« je oblikovala novo klasifikacijo ženskih seksualnih problemov z namenom izobraževanja raziskovalcev, učiteljev, kliničnih psihologov, terapevtov, širše javnosti v upanju, da bodo temo preučevanja – ženske seksualnosti in ženskih seksualnih problemov - znali umestiti v širši okvir in razumeli, da medikaliziranje seksualnih problemov ni rešitev, ker so vzroki za te po navadi globlje, in ne medicinske narave. Pomembno je, da ženske same pri sebi razčistijo glede osebnih seksualnih pričakovanj, zadovoljstva s partnerskim odnosom, slabih preteklih

seksualnih izkušenj, itd., ki na nezavedni ravni vplivajo na njihovo doživljanje in razumevanje seksualnosti (Tiefer 2001).

6.4 Empirično preverjanje klasifikacije ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda«

Leta 2008 je bila v Veliki Britaniji izvedena raziskava, katere namen je bil preverjanje ustreznosti klasifikacije ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda«. V raziskavi je sodelovalo 49 naključno izbranih žensk (izbrane so bile prek oglasa v londonskem brezplačnem časopisu *The Metro*, prek povabila za sodelovanja v raziskavi, posredovanega po elektronski pošti vsem študentkam londonske univerze ter po principu efekta snežne kepe). 94% sodelujočih žensk je bilo starih med 18 in 35 let, prihajale so iz različnih kulturnih okolij in so odgovarjale na vprašalnik odprtega tipa. Sodelujoče posameznice so morale s svojimi besedami opisati seksualne težave, ki so jih kadar koli doživele, vzroke, ki naj bili po njihovem povod težav ter vzroke za ponavljanje teh težav (Nicholls 2008).

Rezultati raziskave so pokazali ustreznost in uporabnost klasifikacije ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda«. V klasifikacijo se je dalo umestiti kar 98% subjektivnih opisov seksualnih problemov. Opisi so se torej dali razvrstiti v glavne kategorije oziroma podkategorije klasifikacije »Novega pogleda« (Nicholls 2008).

Analiza rezultatov je pokazala, da je bil pri 65% sodelujočih žensk vir seksualnih problemov povezan s partnerjem in partnerskim odnosom. Pri 20% žensk so se seksualni problemi pojavljali kot posledica sociokulturnih, ekonomskih ali političnih dejavnikov, pri 8% žensk so bili v vzroki seksualnih problemov psihološki dejavniki, pri 7% žensk pa je bil izvor problemov medicinske narave (Nicholls 2008).

Raziskava je pokazala skladnost z biopsihosocialnim okvirjem preučevanja ženskih seksualnih problemov, na katerem je osnovana klasifikacija ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda«. Nichollsova (2008) na osnovi pridobljenih rezultatov argumentira, da je klasifikacija »Novega pogleda« povsem enakovredna obstoječi medicinski klasifikaciji ženskih seksualnih problemov oziroma jo celo presega.

7 SKLEP

Pomen seksualnosti in izkušnje le-te ter načini, na katere jo dojemamo, razumemo in premišljujemo o njej, so definirani znotraj stalno spreminjajočega se seksualnega diskurza, ki je oblikovan in posredovan s strani vladajočih posameznikov oziroma družbenih skupin. Ti imajo moč ter sredstva za oblikovanje, širjenje vedenj in znanj, ki služijo njihovim interesom. Ženski seksualni problemi so primer družbene konstrukcije bolezni, načinov širjenja znanja ter vednosti o tej bolezni in primer prodajanja bolezni.

S pojavom Viagre in njenim komercialnim uspehom se je medikalizacija seksualnosti, za katero stojijo farmacevtska industrija, medicinska stroka in množični mediji, osredotočila na zdravljenje in »nadzorovanje« ženske seksualnosti, saj je moška seksualnost postala »ozdravljiva«. Viagra ni samo utrdila primat obstoječega biomedicinskega modela seksualnosti, ki je osnovan na predpostavkah, ki enačijo moško in žensko seksualnost ter poudarjajo pomen le bioloških vzrokov za seksualne probleme, ampak je postala globalno razširjena blagovna znamka. Komercialni uspeh Viagre je posledica agresivnega, manipulativnega, prikritega oglaševanja, ki je usmerjen neposredno na potrošnika. Internet omogoča, da je zdravila mogoče tržiti kar na domu (Stolberg v Tiefer 2000), kar vsekakor izkorišča farmacija, ki bombardira posameznike in posameznice svojimi oglasi po elektronski pošti, spletnih straneh, ...

Raziskovanje farmacevtske industrije in medicinske stroke se je po velikem uspehu Viagre usmerilo na ženske seksualne probleme in na odkritje »rožnate viagre«. Naveza farmacevtske industrije in medicinske stroke je pri »odkrivanju« le-te naletela na kar nekaj težav, kajti pokazala se je neustreznost biomedicinske klasifikacije seksualnih problemov. Izkazalo se je, da moški in ženski seksualni problemi niso enaki, da je ženska seksualnost kompleksna in potrebuje drugačno obravnavo kot moška seksualnost, problematično pa je tudi usmerjanje kliničnih raziskovanj s strani farmacevtske industrije zaradi zasledovanja lastnih koristi. Farmacevtska podjetja so sicer odkrila različna zdravila in pripomočke za zdravljenje ženskih seksualnih problemov, vendar Ameriška uprava za hrano in zdravila ni odobrila nobenega od teh zdravil oziroma pripomočkov, ker ni imelo nobeno

ustreznega učinka na dano bolezensko stanje. Kljub neuspehom pa farmacevtska industrija v navezavi z medicinsko stroko in množičnimi mediji ni prenehala z izvajanjem medikalizacije ženskih seksualnih problemov, ker vidi v sodobni ženski seksualnosti osnovo za izgradnjo posebnega trga, ki prinaša ogromne dobičke. Ta trg deluje na principu izkoriščanja nevednosti in obupanosti ljudi, ki želijo svoje težave rešiti čim prej in s čim manj truda kot vsako drugo »bolezen«.

Sestri Berman sta vidnejši ženski obraz medikalizacije ženskih seksualnih problemov. Njuno delo je medijsko izpostavljeno zaradi lastne televizijske oddaje in gostovanj v Oprah Show-u. Menim, da je njun uspeh posledica dejstva, da ženske cenijo in vrednotijo njuno delo zaradi mišljenja, ker sta ženski in gledata na seksualne probleme s svojega, ženskega vidika in lažje razumejo probleme, frustracije in zadrege žensk.

Populariziranje ženskih seksualnih problemov in prevelika medikalizacija tega področja zaradi finančnih koristi sta aktivirali skupino kliničnih psihologov in terapevtov, da so se združili in definirali svoje delovanje znotraj kampanje »Novega pogleda na ženske seksualne probleme«. Polega tega so sestavili novo klasifikacijo ženskih seksualnih problemov, s katero so definirali vzroke za seksualne probleme, in ki je kritika univerzalnega biomedicinskega modela ženskih seksualnih problemov, ki enači žensko in moško seksualnost. Klasifikacija ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda« izhaja iz postavke, da je ženska seksualnost kompleksna in se je ne da »stlačiti« v univerzalni okvir preučevanja. »Novi pogled« poudarja, da je potrebno žensko seksualnost razumeti v okviru širšega konteksta in tudi prisluhni ženskim pripovedim o njihovih težavah. Kampanja v okviru svojega delovanja izpostavlja problematično vlogo farmacevtske industrije pri konstruiranju ženskih seksualnih problemov in pristranskih raziskovanjih le-te. Aktivisti kampanje opozarjajo, da predstavljajo ženski seksualni problemi za farmacevtsko industrijo tržni nišo. S pomočjo množičnih medijev proizvajajo izkrivljene slike o problemih, ki delujejo na način izkoriščanja strahov in pomanjkanja informacij posameznice, ki se v upanju na ozdravitev obračajo po pomoč k zdravnikom, ki predstavljajo povezavo med potrošniki in farmacevtsko industrijo. V zadnjem času »Novi pogled« javno opozarja tudi na rast genitalne kozmetične kirurgije, ki postaja »modna muha«. Ta vrsta kirurgije nosi jasno sporočilo o tem, da ženski popolnosti v celoti, ki prinaša zadovoljstvo na osebem in seksualnem področju.

Tezi, ki sem jih zastavila na začetku naloge, lahko potrdim. Ženska seksualnost je raznolika in kompleksna, kar se kaže v neustreznosti obstoječa biomedicinskega okvira preučevanja ženskih seksualnih problemih. Potrebno je širše razumevanje ženskih seksualnih problemov kot predpostavlja kampanja »Novega pogleda«. Kvaliteta partnerskega odnosa, ekonomski položaj, družbeno in kulturno okolje iz katerega izhajajo posameznice, psihološko zdravje, ... so dejavniki, ki vplivajo na razumevanje in doživljanje seksualnosti posameznic (in tudi posameznikov). To je potrdila tudi raziskava iz leta 2008, ki je potrdila ustreznost klasifikacije ženskih seksualnih problemov »Novega pogleda« oziroma kar presega biomedicinsko klasifikacijo.

Tudi drug teza, da je sodobna ženska seksualnost postala tržna niša, se je izkazala za pravilno. Največji akter v tem procesu je vsekakor farmacevtska industrija, ki je v navezavi z medicinsko stroko in množičnimi mediji oblikovala obstoječi seksualni diskurz, ki obravnava ženske seksualne probleme kot »tržno blago«, ki so trženi že kar na domu potrošnikov.

Menim, da je »Novi pogled« osnoval ustrezno klasifikacijo vzrokov za ženske seksualne probleme. Le-ta vključuje vse dejavnike, ki vplivajo na načine, kako ženske dojemajo, razumejo in doživljajo seksualnost. Predvidevam, da se bo s praktično uporabo klasifikacija »Novega pogleda« nadgradila oziroma razširila kategorije vzrokov za nastanek ženskih seksualnih problemov. Ker je že dejansko medikaliziran že skoraj vsak naš delček intimnosti, je potrebno, da premislimo kaj dejansko je z nami narobe oziroma, da informacije o bolezenskih stanjih, ki nam jih konstantno posedujejo mediji, kritično ocenimo in šele nato sprejmemo.

8 LITERATURA

- Angell, Marcia. 2008. *Resnica o farmacevtskih podjetjih*. Ljubljana: Krtina.
- Bancroft, John. 2002. The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Archives of Sexual Behavior* 31 (5): 451–455.
- BioSante Pharmaceuticals*. Dostopno prek: <http://www.biosantepharma.com/> (17. avgust 2011).
- Cosgrove, Lisa, Melissa Pearrow in Maria Anaya. 2008. Toward a New Paradigm for Psychiatric Diagnoses and Clinical Research in Sexology. *Feminism & Psychology* 18 (4): 457–465. Dostopno prek: <http://fap.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/18/4/457.full.pdf+html> (17. avgust 2011).
- Encyclopedia of Mental Disorders. 2011. *Sexual dysfunctions*. Dostopno prek: <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Sexual-dysfunctions.html> (17. avgust 2011).
- Fishman, Jennifer R. 2004. Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction. *Social Studies of Science* 34 (2): 187–218. Dostopno prek: <http://sss.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/34/2/187.full.pdf+html> (17. avgust 2011).
- Hartley, Heather. 2006. The »Pinking« of Viagra Culture: Drug Industry Efforts to Create and Repackage Sex Drugs for Women. *Sexualities* 9 (3): 363–378. Dostopno prek: <http://sex.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/9/3/363.full.pdf+html> (17. avgust 2011).
- Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Martino Villanueva, Maria Isabel. 1997. *The Social Construction of Sexuality: Personal Meanings, Perception of Sexual Experience an Female's Sexuality in Puerto Rico: Dissertation*. Blacksburg, Virginia: Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. Dostopno prek: <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-13514459731541/unrestricted/DISSER1.PDF> (17. avgust 2011).

- Moon, Kathryn F. 2004. *The History of Psychiatric Classification: From Ancient Egypt to Modern America*. Dostopno prek: http://kadi.myweb.uga.edu/The_Development_of_the_DSM.html (17. avgust 2011).
- Moynihan, Ray, Iona Heath in David Henry. 2002. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* (324): 886–891. Dostopno prek: <http://www.bmj.com/content/324/7342/886.1.full> (17. avgust 2011).
- Nicholls, Leanne. 2008. Putting the New Classification Scheme to an Empirical Test. *Feminism & Psychology* 18 (515): 514–526. Dostopno prek: <http://fap.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/18/4/515.full.pdf+html> (17. Avgust 2011).
- New View Campaign*. Dostopno prek: <http://www.fsd-alert.org/> (17. avgust 2011).
- PsyWeb.com. 2011. *DSM-IV DSM Disorders Diagnostic Criteria*. Dostopno prek: http://www.psyweb.com/DSM_IV/jsp/dsm_iv.jsp (17. avgust 2011).
- Sanderson, K. Stephen. 2003. *A Darwinian Alternative of Social Constructionism and Postmodernism*. Indiana: University of Pennsylvania. Dostopno prek: <http://www.chss.iup.edu/sociology/Faculty/Sanderson%20Articles/Hum-Sexuality-paper-ASA2003.htm> (17. avgust 2011).
- Sexualhealth.com. 2011. *Human Sexual Response Cycles*. Dostopno prek: <http://www.sexualhealth.com/article/read/sexuality-education/human-sexual-response-cycles/243/> (17. avgust 2011).
- Sismondo, Sergio. 2004. Pharmaceutical Maneuvers. *Social Studies* 34 (2): 149–159. Dostopno prek: <http://sss.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/34/2/149.full.pdf+html> (17. avgust 2011).
- Tiefer, Leonore. 1996. The Medicalization of Sexuality: Conceptual, Normative, and Professional Issues. *Annual Review of Sex Research* (7): 252–282.
- 2000. Sexology and the Pharmaceutical Industry: The Threat of Co-Optation. *The Journal of Sex Research* 37 (3): 273–283. Dostopno prek: <http://www.jstor.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/stable/pdfplus/3813530.pdf?acceptTC=true> (17. avgust 2011).

--- 2001. A New View of Women's Sexual Problems: Why New? Why Now?. *The Journal of Sex Research* 38 (2): 89–96. Dostopno prek: <http://jstor.org.nukweb.nuk.uni-lj.si/stable/pdfplus/3813698.pdf?acceptTC=true> (17. avgust 2011).

--- 2003. The Pink Viagra Story: We have the drug, but what's the disease?. *Radical Philosophy* (21): 2–5. Dostopno prek: <http://www.fsd-alert.org/media/pdf/The%20Pink%20Viagra%20story%20by%20L%20Tiefer.pdf> (17. avgust 2011).

--- 2004. *Sex is Not a Natural Act and Other Essays: Second Edition*. Westview Press. Dostopno prek: Google Books.

--- 2006. Female Sexual Dysfunction: a Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *Plos Medicine* 3 (4): 436–440. Dostopno prek: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434501/> (17. Avgust 2011).

--- 2008. The New View in Activism and Academics 10 Years On. *Feminism & Psychology* 18 (4): 451–456. Dostopno prek: <http://fap.sagepub.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/content/18/4/451.full.pdf+html> (17. avgust 2011).

Tivadar, Blanka. 1996. Medicinski govor o ženski. V *Spol:Ž*, ur. Lenca Bogovič in Zoja Skušek, 68-98. Ljubljana: KUD France Prešeren.